

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 234

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Colette, Marie-Thérèse BOULLET

Née le 23 Mai 1931, à SAINT-GERMAIN-en-LAYE (S.-&-O.)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DES LYMPHOSARCOMES
DE L'INTESTIN GRELE**

Président : Monsieur L. LEGER (Professeur)

D. P. TAIB

8 Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI°

1961



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Colette Marie Thérèse BOULLET

Née le 23 mai 1931

à Saint-Germain-en-Laye (Seine et Oise)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

A PROPOS DES LYMPHOSARCOMES
DE L'INTESTIN GRELE

--

Président : Monsieur L. LEGER (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales	PATEL
(Hôtel-Dieu	GOSSET (J)
(Saint-Antoine	MOULONGUET (P)
(Salpêtrière	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURFIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et therap. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m.conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDOUX-LEBAR (G)
Embryologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M) (RACADOT (J) (CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R) (DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch. (HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M) (ALBAHARY (C) (LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LE LORIER (G) (MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J) (BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R) (RAMADIER (J) (DEBAIN (J) (BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G) (SCHNEIDER (J)
Histologie.....	
Hydrologie.....	
Hygiène.....	
Maladies infectieuses.....	
Médecine légale.....	
Médecine du travail.....	
Neurologie.....	
Obstétrique.....	
Ophtalmologie.....	
Orthopédie.....	
Oto-rhino-laryngologie.....	
Parasitologie.....	
Pathologie chirurgicale.....	
Pathologie exotique.....	

MM.

Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J) (HARTMANN (L) (LOEPER (J) (MAURICE (J) (PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch. (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KREIS (B) (FICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Pathologie expérimentale	
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique
chirurg. { (ABOULKER (P)
(AMELINE (A)
(HUGUIER (J)
(OLIVIER (C)
(PADOVANI (P)
(POILLEUX (F)
(ROUX (M)
(VERNE (J.M)
(HAGUENEAU (J)
(pr.s.ch.
Clinique
médicale { (DOMART (A)
(PERRAULT (M)
(RAMBERT (P)
(THIEFFRY (S)

MM.

Clinique { (GRASSET (J)
obstétricale { (MAYER (M)
(RAVINA (J)
Clinique { (DESVIGNES (P)
ophtalmol. { (OFFRET (G)
Clinique oto- } (MADURO (R)
rhino-laryng. }
Clinique pé- }
diatrique et } (LAPLANE (R)
puériculture }
Clinique {
psychiatrique } (BARUK (H)
Clinique {
urologique } (KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale..... ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
de la bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs..... Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires..... Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées, doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur
donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

En reconnaissance de l'affection
dont ils m'entourent.

A ma Famille,

A mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur L. LEGER,

Professeur de Technique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,

Qui nous fait le grand
honneur de présider
cette thèse,

En hommage respectueux.



A Monsieur le Docteur CHERIGIE,

Qui nous a guidée dans le
choix des observations,

Avec notre gratitude.

A Monsieur le Docteur PROUX,

Qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse,

Avec notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DEPARIS,
A Monsieur le Docteur LEREBOULLET,
A Monsieur le Docteur ESCOLIER,

Avec notre reconnaissance,
en souvenir du temps passé
dans leur Service.

A Monsieur le Docteur ENNUYER,
A Monsieur le Docteur ROBERT,

Qui nous ont fait profiter
de leur enseignement.

A PROPOS DES LYMPHOSARCOMES
DE L'INTESTIN GRELE

- :-

INTRODUCTION

-:-

Le lymphosarcome fut isolé des autres affections du système lymphoïde en 1893 par KUNDRAT. Celui-ci fut le premier à signaler la possibilité de localisation intestinale de la maladie.

En effet, le lymphosarcome peut naître en tout point de l'organisme où existe du tissu lymphoïde ; cependant son siège de prédilection est l'anneau de Waldeyer, puis le médiastin. Par ordre de fréquence décroissante, viennent ensuite les atteintes au niveau de l'estomac et au niveau du grêle.

Après KUNDRAT, les publications se multiplièrent, entre autres LECENE en 1903 étudia 21 cas de lymphosarcomes du grêle.

Aux Etats-Unis, nous citerons les travaux de WARREN et LULENSKI, de GALL et MALLORY en 1942. Plus récemment ALNAAMAN de New-York a publié une revue assez complète des cas de lymphosarcome de la littérature.

Il ressort de ces nombreuses études que le lymphosarcome du grêle est toujours une maladie rare ; son diagnostic est le plus souvent d'ordre anatomo-pathologique, donc tardif ; par conséquent le pronostic est sombre.

En France, CHERIGIE, HILLEMAND et collaborateurs, de 1955 à 1960, se sont efforcés

de démontrer que le lymphosarcome peut appartenir à la radiologie : par une mise au point de la technique d'exploration du grêle et une étude fine et soigneuse des signes de début, ils ont pu à de nombreuses reprises affirmer, parfois même en contradiction avec la clinique, le diagnostic de lymphosarcome.

Le grand intérêt de cette méthode réside dans la possibilité d'instituer le traitement de façon plus précoce. On peut espérer ainsi améliorer le pronostic, qui malgré les nombreux essais thérapeutiques, demeure sombre.

Au cours de notre étude, après un bref rappel de la fréquence et du siège de prédilection de la maladie, nous insisterons plus particulièrement sur l'étude radiologique de l'intestin grêle, et les résultats qu'elle est susceptible d'apporter dans le cas d'atteinte lymphosarcomateuse.

L'AGE ET LE SEXE

Le lymphosarcome du grêle s'observe à tout âge, avec semble-t-il une prédilection pour l'adulte jeune.

La ~~maxim~~um de fréquence, pour CHERIGIE et collaborateurs se situe entre 38 et 40 ans.

Pour GESCHICKTER, il se situe entre 20 et 40 ans.

Cependant, l'atteinte chez l'enfant n'est pas exceptionnelle et MESTEL en 1959 a étudié 39 cas de lymphosarcomes chez des enfants de 3 à 8 ans, en majorité des garçons.

Chez le vieillard, on observe plus fréquemment des tumeurs malignes autres que le lymphosarcome, en particulier des épithéliomas; on ne peut toutefois exclure systématiquement le diagnostic d'atteinte sarcomateuse sur la notion d'âge.

Quant au sexe, pour la plupart des auteurs, les hommes sont atteints beaucoup plus souvent que les femmes. Pour certains il y aurait une variation du simple au double.

FREQUENCE

Au cours des dernières années, les publications de cas de lymphosarcome de l'intestin grêle se sont multipliées.

ALNAAMAN en a relevé 511 cas dans la littérature et ce chiffre doit être considéré comme inférieur à la réalité, puisque aucun auteur de langue française n'est cité dans sa bibliographie.

Cependant le lymphosarcome reste une maladie rare, bien qu'il représente les $\frac{3}{4}$ des tumeurs sarcomateuses du grêle, sa fréquence est deux fois moindre que celle de l'épithélioma, sauf au niveau de l'iléon terminal.

Sur 200 cas observés par CAMERON, 105 étaient des épithéliomas, 78 des sarcomes, 13 des carcinoïdes.

D'autre part, les tumeurs du grêle, quelle que soit leur histologie, sont peu fréquentes. Pour RAIFORD elles ne représentent que 8,9 p.100 et pour EWING seulement 3 p.100 des tumeurs du tube digestif.

Il existe une sorte "d'immunité du grêle" au développement des tumeurs. De nombreuses théories ont été élaborées dont aucune n'a pu être retenue :

- Pour certains, la nature liquidienne du contenu de l'intestin grêle, préserve celui-ci de toute irritation mécanique,
- pour d'autres, l'absence de déviation anatomique brusque et d'obstacle, évite une stase physiologique,
- pour d'autres encore, la constance de l'alcalinité du contenu du grêle joue un rôle,

- ou bien le développement tardif, dans les derniers mois de la vie embryonnaire expliquerait la moins grande tendance aux arrêts de développement.

On tend cependant à penser qu'une étude plus soigneuse des signes cliniques, bien qu'ils soient d'une banalité déconcertante et, surtout un perfectionnement de l'exploration radiologique, doit amener à une fréquence plus élevée.

o

S I E G E

MARCUSE et STOUT, après étude de 192 cas, de lymphosarcomes primaires publiés dans la littérature, donnent ces répartitions :

localisations iléales	: 97 soit 68 %
localisation jéjunales	: 36
localisations duodénales	: 9

Ces chiffres correspondent à ceux de CHANOINE qui considère à 65 p.100 les cas de lymphosarcomes siégeant au niveau de l'iléon terminal.

Cette prédilection pour les dernières anses du grêle, en particulier les 50 derniers centimètres avant la valvule de Bauhin s'explique par le développement de la tumeur à partir des formations lymphoïdes de la sous-muqueuse. En effet, les follicules clos se répartissent sur toute la longueur du grêle, mais à sa partie terminale, ils se multiplient, deviennent plus volumineux et s'agglomèrent, formant les plaques de Peyer.

On doit cependant noter un fait curieux qui entre en contradiction avec cette thèse:

l'appendice, organe riche en éléments lymphoïdes est rarement le siège d'une tumeur lymphosarcomateuse.

De plus, l'iléon terminal est le seul segment du grêle où puisse exister une stase physiologique du transit : on trouverait là encore un facteur prédisposant à cette localisation.

Au cours de nos observations :

- 2 de nos malades présentaient une atteinte iléale dont un au niveau de la dernière anse grêle,

- les 3ème et 4ème cas comportaient des lésions du duodénum,

- cette 4ème observation réalisait une lymphosarcomatose type Kundrat : il existait plusieurs atteintes, l'une gastrique, l'autre duodénale, une autre coecale. La découverte de ces lésions fut simultanée.

Les atteintes multiples au niveau du tractus digestif ne sont pas rares ; pour CHANCINE elles s'observent dans 21 p.100 des cas. Il s'agit soit de localisations multiples au niveau du grêle, séparées par des zones saines,

soit d'atteintes échelonnées à différents segments du tube digestif, leur apparition se faisant simultanément ou à court intervalle de temps. CATTAN et CAROSSO ont signalé des cas comportant l'atteinte bucco-pharyngée, gastro-duodénale, et recto-sigmoïdienne.

Cette tendance de la lymphosarcomatose à se propager à tous les territoires lymphatiques, est un obstacle au traitement. La ré-

section chirurgicale, qui s'avère l'acte le plus efficace devient inapplicable.

o

ANATOMO-PATHOLOGIE

Les anatomo-pathologistes décrivent trois formes de lymphosarcome :

- forme polypoïde : bien localisée, elle est formée d'un ou de plusieurs nodules tumoraux. Si ces tumeurs sont endo-intestinales, elles font saillie dans la lumière intestinale, l'envahissant progressivement, jusqu'à l'obstruer totalement.

Si elles se développent sur la face externe de la paroi, la lumière intestinale reste intacte ; cette forme n'a pas de traduction radiologique.

- forme intra-pariétale ou annulaire : la paroi présente un épaissement et une induration progressive. L'intestin prend un aspect de tube rigide, dur, cartonné ; il n'existe pas de végétation en surface. La lumière intestinale est cependant rétrécie, mais de façon régulière et homogène.

- forme diverticulaire ou anévrysmale, traduction précoce de l'atteinte des fibres musculaires de la paroi, une véritable poche anévrysmale se constitue. Parfois il existe de multiples dilatations sacculaires de la paroi. Souvent à l'intérieur de ces poches se développent des bourgeons tumoraux : cette forme réalise les images les plus caractéristiques du lymphosarcome : diverticules à l'intérieur desquels des opacités sont visibles en demi-teinte.

Macroscopiquement, le lymphosarcome se développe à partir des follicules clos de la sous-muqueuse.

Dans un premier stade, le processus prolifératif est localisé. A la coupe, la tumeur est d'abord bien circonscrite à contours lisses. Elle a un aspect blanc-grisâtre. Sa consistance est variable, soit ferme, soit très souvent encéphaloïde.

Puis les éléments néoplasiques dépassent la capsule du ganglion, atteignent et envahissent les tissus voisins : la tumeur perd de son homogénéité. La muqueuse est ulcérée précocement ; la séreuse par contre, est longtemps respectée.

L'extension se fait d'abord sur place, provoquant des accidents mécaniques : suivant la forme anatomo-pathologique, elle réalise une subocclusion ou une perforation.

Puis on assiste à la propagation du processus néoplasique en surface : la tumeur "s'allonge" ; elle envahit les follicules voisins.

La généralisation peut survenir à un moment quelconque de cette évolution. Elle se fait :

- soit par voie lymphatique, précoce au niveau des ganglions mésentériques. Pour CHA-NOINE 50 p.100 de ces ganglions atteints lors de la découverte de la tumeur ; ils constituent une sorte de "barrière" à la propagation néoplasique. L'atteinte du groupe latéro-aortique est plus tardive.

- soit par voie sanguine, entraînant l'éclosion de tumeurs secondaires. Les sièges d'élection de ces métastases sont : le foie,

les reins, la rate, le poumon. L'un de nos malades a présenté une localisation cranienne.

o

HISTOLOGIE

Microscopiquement le lymphosarcome est formé de cellules lymphoblastiques ou lymphocytiques : cellules rondes à noyaux basophiles de la série lymphoïde.

On peut observer un monomorphisme cellulaire à 80 p.100, cependant le type pur n'existe pas. On rencontre en plus des cellules géantes, dont l'origine n'est pas connue.

L'essai de classification suivant l'origine de la cellule est sujet à de nombreuses discussions. La terminologie et les théories sont souvent opposées.

Nous citerons la classification de GALL et MALLORY. Sous le terme général de "lymphome", ils groupent les tumeurs se développant à partir de cellules d'origine lymphatique :

- sarcome à cellules rondes,
- sarcome à cellules réticulaires,
- sarcome à cellules lymphoblastiques et à cellules dérivées,
 - . lymphosarcome lymphoblastique,
 - . lymphosarcome lymphocytaire,
 - . lymphome giganto-cellulaire.

Les lymphosarcomes à cellules lymphoblastiques et lymphocytiques représentant 84 p.100 de ces tumeurs lymphatiques.

OBSERVATIONS

--

Observation n° I

Nous avons peu de renseignements concernant l'histoire de la maladie de ce cas ; il fut envoyé dans le Service du Docteur CHERIGIE pour radiographie de l'intestin grêle.

Il présentait des douleurs épigastriques sans horaire,

un amaigrissement considérable,

une asthénie,

un léger fébricule oscillant entre

37,5° - 38°

Les radiographies pratiquées montrent :

une dilatation du cadre duodénal dont les parois sont refoulées par des tumeurs arrondies multiples, du volume d'une noisette qui s'étagent sur une longueur de 7 cm environ.

o

Observation n° II

M. N... 34 ans

Malade venant de l'Hôpital Bichat, est hospitalisé à Claude Bernard le 25 juin 1958.

Histoire de la maladie :

le début remonte au mois de février : le

sujet ayant déjà présenté des alternances de diarrhée et constipation, commence à souffrir de :

- ballonnement épigastrique, avec
- douleurs épigastriques à type de torsion, irradiant en barre vers le rebord costal gauche, survenant immédiatement après les repas, non calmée par les repas,
- parfois vomissements.

Au mois de mai : apparition d'une fièvre à 38° - 39°5

A son entrée à l'hôpital :

- malade fatigué,
- amaigri,
- température à 38°
- hépto- et splénomégalie,
- l'examen des aires ganglionnaires est négatif,
- l'examen du sang montre qu'il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles,
- un lavement baryté pratiqué le 28 juin révèle un aspect spasmodique d'une anse du sigmoïde, sans altération des parois.

Progressivement, on voit se constituer une anémie à 3.320.000 globules rouges.

En juillet : survient un épisode diarrhéique.

Le malade est fait sortant le 28 juillet.

Le 11 septembre, M. N... revient dans le Service présentant la même symptomatologie:

- syndrome douloureux épigastrique et abdominal,
- température,
- anorexie et amaigrissement important.

De nombreux essais thérapeutiques (Cor-

tancyl, Streptomycine, Rimifon...) déterminent des améliorations passagères.

Devant l'aggravation rapide de l'état général, on demande un examen de l'intestin grêle. Il est pratiqué le 23 octobre et montre :

au niveau de l'iléon une anse grêle fixée, avec bords rigides et déformations identiques sur près de 10 clichés. Il existe des empreintes profondes arrondies, multiples, saillant dans la lumière intestinale.

Le moulage de la pièce opératoire reproduira les radiographies.

Le 18 novembre : cliniquement on peut percevoir une masse mal limitée qui correspond à l'image radiographique.

Au toucher rectal la masse est perceptible dans le Douglas.

Le 19 une intervention chirurgicale est tentée. On découvre une vaste tumeur type lymphosarcome siégeant à la partie moyenne du grêle. Cette tumeur est prolabée dans le Douglas, adhérente en avant à la vessie. On fait un clivage prudent de la tumeur, suivi de résection. Mais l'envahissement des ganglions jusqu'au pédicule mésentérique rend cette ablation un peu illusoire. Anastomose iléo-caecale.

Le malade est décédé le 29 novembre.

o

Observation n° III

Malade envoyé au Docteur CHERIGIE par le Docteur PETTE.

Il s'agit d'un homme présentant une as-

thénie très marquée,

- des signes de sub-occlusion,
- une température légère,
- des douleurs dans la fosse iliaque droite,
- à l'examen, il existe un empâtement de cette région sans tumeur palpable.

Un lavement baryté montre en réplétion une empreinte profonde au niveau de la valvule iléo-caecale simulant une invagination ; images claires aréolaires. Après évacuation, la dernière anse grêle apparaît dilatée, soufflée par de nombreuses tumeurs arrondies qui refoulent la muqueuse.

Diagnostic de lymphosarcome confirmé par l'intervention.

Le moulage de la pièce montre un aspect très voisin de la radiographie.

o

Observation n° IV

F. M... 15 ans ½

Envoyé par le Docteur CASALIS, entre à l'hôpital de Créteil le 20 mai 1958.

Histoire de la maladie : le début remonte au mois de février par des crises douloureuses épigastriques survenant trois heures après les repas.

Au mois d'avril, apparition d'un syndrome rhumatismal atypique,

- d'une fatigue,
- d'un aspect anémique.

A son entrée dans le Service de chirurgie:

- malade pâle, avec conjonctives décolorées,

- syndrome douloureux épigastrique, légère défense du creux épigastrique.

n° 2

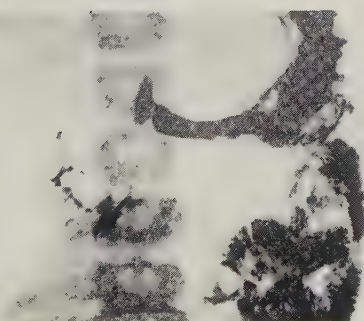
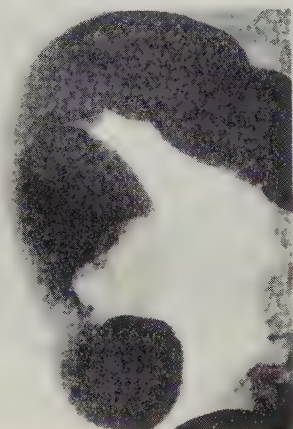
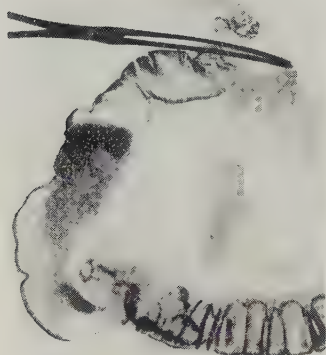
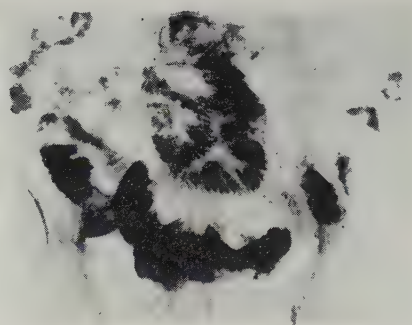
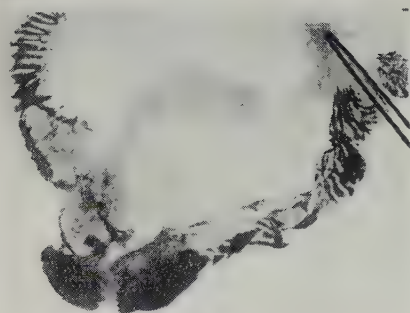
n° 2

n° 3

n° 3

n° 4

n° 4



- rate palpable,
- masse dans la fosse iliaque droite de la grosseur d'une mandarine.

Une radiographie élimine le diagnostic d'ulcère, mais montre déjà une stase au niveau du deuxième duodénum.

Les examens complémentaires sont pratiqués :

- vitesse de sédimentation légèrement accélérée,
- numération-formule : absence d'anémie, hyperleucocytose,
- examen des selles : Meyer négatif,
- myélogramme : moelle en hyperplasie myéloïde, insuffisance érythroblastique.

Sous Atropine, les crises douloureuses cessent.

Les radiographies du côlon et du grêle pratiquées au mois de juin montrent des lésions gastriques généralisées avec images claires plus ou moins arrondies sur la grande et la petite courbure dont les parois sont assez rigides.

- des lésions du grêle : nombreuses tumeurs volumineuses, arrondies dilatant et refoulant la muqueuse du duodénum.

- des lésions caecales : volumineuse tumeur arrondie du bas-fond.

Le 16 juin, un traitement radiothérapique est institué :

I champ abdominal antérieur du pubis
au thorax, 200 kV 0,5 Cu + 2 Al
D.F.P. 1 mètre
Dose par séance : 100 r

Cependant malgré ce traitement une paralysie du moteur oculaire commun gauche apparaît, témoignant d'une localisation crânienne.

Le 30 juillet 1958, le malade décède.

C L I N I Q U E

-:-

L'évolution lente et insidieuse du lymphosarcome du grêle, fait que ce sont le plus souvent les complications qui révèlent la maladie. Il s'agit d'accidents aigus survenant brusquement chez des sujets n'ayant présenté que des troubles assez banaux.

- L'occlusion : elle est due à une sténose progressive de la lumière intestinale par la tumeur. La notion de troubles intestinaux banaux dans les antécédents, ou mieux encore d'un syndrome de Koenig, la douleur à localisation para-ombilicale, orientent alors vers un diagnostic d'obstruction par tumeur du grêle, sans pouvoir présager de son espèce.

- La péritonite par perforation est plus rare. L'étiologie n'est en principe pas retrouvée.

- L'hémorragie intestinale, soit sous forme de sang rouge soit sous forme de méléna, mais toujours d'abondance modérée n'est pas fréquente. Elle serait plus le fait des neurinomes, fibromes ou angiomes du grêle.

- La tumeur abdominale : typiquement petite, dure et mobile, souvent prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, sa découverte est tardive. Le cortège des signes

d'accompagnement ne laisse aucun doute sur son étiologie.

Ces signes cliniques sont la traduction d'une lésion très évoluée. A ce stade, le traitement ne consiste plus qu'en une intervention palliative assez illusoire. L'intérêt d'un diagnostic précoce doit faire apporter un soin tout particulier à l'étude des symptômes de début assez discrets ; mais dont la coexistence réalise un tableau assez évocateur.

La douleur :

elle manque rarement ; pour CHANOINE, on la retrouve dans 82 p.100 des cas. Due à la distension intestinale ou à la sensibilité de la paroi, elle est caractérisée par son siège, para-ombilical et sous-ombilical.

Elle est de caractère mal défini :

- soit à type de pesanteur post-prandiale, de ballonnement, réalisant un syndrome dyspeptique d'une banalité extrême. Cependant elle ne cède à aucune médication,

- soit plus caractéristique à type de crises violentes survenant sur un fond douloureux chronique et se terminant par une débacle : elle réalise le syndrome de Koenig,

- soit encore revêtant l'aspect d'une affection gastrique, vésiculaire, appendiculaire ou colique, elle égare le diagnostic. Dans ce cas, il peut exister une lésion concomitante de ces organes. Sinon, la négativité des examens amène à demander en dernier ressort une radiographie du grêle.

C'est ainsi que trois de nos malades ont présenté des douleurs épigastriques sans horaire fixe, qui ont cédé pour un temps à la médication anti-spasmodique.

Cependant accompagnant ces symptômes d'une banalité rassurante, l'atteinte constante de l'état général du sujet doit évoquer le caractère malin de la maladie.

Deux signes sont à rechercher :

- L'anémie : elle est variable mais extrêmement fréquente. RECHNITZER et BLAKE l'ont retrouvée, précédant de plusieurs mois et même de plusieurs années l'obstruction.

Elle oscille entre 2.000.000 et 3.500.000 globules rouges. Elle est hypochrome. Nous ne l'avons retrouvée que chez un seul de nos malades ; elle était à 3.300.000 globules rouges.

La recherche de sang dans les selles serait positive dans 70 p.100 des cas.

- L'amaigrissement : avec asthénie importante. Tous ces malades frappent par leur pâleur et leur fatigue.

- Parfois, on retrouve également un fébricule à 38°

Il était présent chez 3 de nos malades.

Ainsi, il n'existe aucun signe pathognomonique du lymphosarcome.

Le syndrome le plus caractéristique est réalisé par l'association :

Douleur + troubles du transit +
+ état général déficient.

Devant tout sujet fatigué et qui présente des troubles dyspeptiques ou intestinaux dont l'origine n'a pu être précisée, un examen s'impose : l'étude du transit intestinal. Il n'est malheureusement pas de pratique courante.

o

RADIOGRAPHIE

L'examen radiographique de l'intestin grêle est rarement demandé et lorsqu'il est demandé, les résultats obtenus sont assez pauvres. On considère que moins de 10 p.100 des cas de lymphosarcome du grêle furent une découverte radiologique.

Pourtant cet examen pratiqué avec soin doit permettre non seulement de localiser la lésion, mais également d'en faire le diagnostic d'espèce : pour CHERIGIE et collaborateurs les images ont un aspect spécial très évocateur ; mais ils insistent sur la nécessité d'une technique impeccable.

Les difficultés et les causes d'erreur sont nombreuses :

D'abord la longueur et la mobilité du grêle : il est animé de mouvements pendulaires et parcouru par de grandes ondes péristaltiques débutant après les repas. Les anses sont superposées, difficiles à dissocier.

Ensuite la rapidité du transit : les images pathologiques sont très fugitives.

De plus, la vacuité totale de l'organe ne peut être obtenue : le moulage des re-

plis muqueux n'est pas toujours fidèle.

Enfin la longueur de l'examen fait souvent hésiter, et son investigation ne vient qu'après celle de l'estomac et du côlon.

Méthodes d'exploration :

Deux modalités principales d'opacification sont possibles :

- l'absorption orale,
- l'injection intestinale directe à travers une sonde ; nous ne ferons que rappeler brièvement cette dernière méthode. Elle a pour but d'éliminer un retard de transit au niveau du sphincter pylorique. Elle consiste, soit en un cathétérisme duodénal avec une sonde d'Einhorn ou une sonde de Camus.

La quantité et la fluidité du produit de contraste sont variables (méthode de l'index opaque, méthode du lavement du grêle).

soit en un cathétérisme de l'intestin grêle et même du côlon à l'aide d'une longue sonde en caoutchouc (sonde de Miller et Abott à double lumière). L'inconvénient majeur de cette méthode est la lenteur de la progression de la sonde.

L'absorption orale, plus classique a pour avantage de se rapprocher du fonctionnement physiologique gastro-intestinal.

Selon les auteurs, la quantité et l'opacité de liquide opaque à ingérer est variable.

PANSDORF, en 1927, afin d'obtenir l'opa-

cification de tout l'intestin grêle, conseillait l'absorption de la substance opaque, par cuillerée à soupe, toutes les 10 ou 15 minutes.

PREVOT et BUSSCHER simplifient la technique, l'ingestion se fait en deux fois à une à deux heures d'intervalle.

La méthode par dose unique et restreinte préconisée par CHERIGIE et collaborateurs semble la méthode de choix. Evitant une réplétion excessive des anses intestinales, elle permet l'étude de chaque segment.

La durée du transit gastro-intestinal pouvant se prolonger, l'examen est pratiqué le matin ; le sujet doit se présenter à jeun depuis au moins 8 heures.

La substance de contraste consiste en une bouillie de consistance crémeuse et très homogène, préparée avec du sulfate de baryum et du sérum physiologique ou une préparation épaisse de gélobarine. La quantité ingérée est de une à deux cuillerées à café. Le transit est assez rapide dans le jejunum, il se ralentit en arrivant dans l'iléon ; et l'on estime que six à huit heures après l'ingestion, la substance de contraste doit arriver au caecum.

Techniques radiologiques

Les radiographies sont effectuées le plus souvent en procubitus, rarement en decubitus dorsal ou en station verticale.

Elles sont pratiquées sur des films 35/35.

Le temps de pose doit être très court ; de l'ordre du 1/10e de seconde, afin d'obtenir des images nettes.

Le premier cliché est pris 15 minutes après ingestion, les suivants de $\frac{1}{2}$ heure en $\frac{1}{2}$ heure. Le développement immédiat et l'étude au négatoscope de chaque radiographie permet, devant toute lésion suspecte, de déclencher la prise de clichés en série, en différentes positions. Une compression dosée peut être nécessaire pour étaler un segment de grêle.

Afin de réduire la durée de l'examen, de nombreux accélérateurs du transit ont été préconisés. Certains non médicamenteux, tels le liquide glacé, ou le lait de CHERIGIE d'autres sont des agents pharmacocynamiques. Leur emploi a moins d'importance qu'au niveau de l'estomac, ce sont :

- la morphine : elle détermine une dilatation jéjunale avec plis assez fins,

- l'atropine : son action sur la valvule iléo-caecale, la fait employer surtout pour l'examen par voie basse,

- la prostigmine : hypertonique au niveau de l'iléon,

- la méthanthéline : d'action assez inconstante.

De plus, l'étude des dernières anses grêles est possible par lavement baryté. L'opacification est obtenue sur un segment iléal assez court. Pour faciliter le remplissage, CHERIGIE et ROUX préconisent l'injection intra-veineuse avant le lavement de 1 mg d'atropine + 1 g de gluconate de calcium en solution à 10 p.100.

L'insufflation colique peut donner de belles images en double contraste.

Enfin, depuis quelques années, la radio-cinématographie a introduit l'étude du mou-

vement au niveau du grêle.

Les résultats :

Au stade d'occlusion , il s'agit d'un diagnostic de siège, plus que d'un diagnostic d'espèce. Le cliché sans préparation localisera la lésion au niveau du grêle ; le transit montrera une dilatation rétro-stricturale et un arrêt brusque de la baryte. Ainsi un mega-duodénum isolé est un excellent signe de lésion de l'angle duodéno-jéjunal. Notons que cette image d'arrêt appartient à toute obstruction qu'elle soit d'origine bénigne ou maligne.

Le lymphosarcome affecte des aspects plus particuliers qui permettent un diagnostic radiologique plus précoce. Ce sont :

- d'abord une disparition du relief muqueux, par destruction de la musculeuse et de la muscularis mucosae, les plis de la muqueuse semblent effacés lors de la réplétion. Parfois à ce stade il existe déjà une fausse image de niche semi-lunaire, due à de petits infiltrats, ou de diverticules. De part et d'autre, de ces lésions, les parois sont infiltrées.

- plus tard, une infiltration de la paroi: la région apparaît rigide, le péristaltisme à son niveau disparaît. Cette infiltration s'étend progressivement, elle n'est souvent localisée qu'à une paroi latérale : celle-ci se laisse distendre ; le diamètre de la lumière intestinale augmente de façon irrégulière. Ainsi se trouvent réalisées des images sacciformes ou diverticulaires, de forme polygonale à bords rigides. Cet aspect très caractéristique du lymphosarcome permet un diagnostic d'espèce.

A l'intérieur de ces images, il existe fréquemment des opacités visibles en demi-teinte dues à des bourgeons tumoraux. Les images persistent d'un cliché à l'autre et l'on a toujours une rigidité, qui s'étend de part et d'autre sur plusieurs centimètres.

Le plus souvent, cette lésion est unique, mais il n'est pas rare d'observer plusieurs localisations, soit au niveau du grêle, soit au niveau du côlon, du rectum. Plus rarement la rigidité progressive circulaire évolue vers la sténose.

Trois de nos observations montrent un aspect typique : empreintes profondes multiples, saillant dans la lumière intestinale.

La quatrième présentait des localisations multiples, notamment gastriques qui revêtaient l'aspect trompeur de gastrite hypertrophique.

o

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Au cours de nos observations le diagnostic de lymphosarcome n'a présenté aucune difficulté.

L'aspect était assez caractéristique : les images d'empreintes multiples saillant dans la lumière intestinale, évoquaient de façon inéluctable la présence de tumeurs arrondies refoulant la paroi.

A deux reprises, le moulage de la pièce opératoire a reproduit fidèlement les radiographies.

Cependant, du point de vue iconographique, on aurait pu envisager divers diagnostics :

parmi les tumeurs du grêle :

- l'épithélioma : l'atteinte est en principe plus localisée, et surtout l'évolution rapide se fait vers une sténose presque complète. Elle réalise alors l'image d'un défilé tortueux aux bords déchiquetés et rigides avec dilatation des anses sus-jacentes.

- la maladie de Hodgkin, à localisation intestinale peut revêtir à la portion terminale du grêle une forme sténosante ou une forme nodulaire.

parmi les lésions inflammatoires :

- l'iléite de Crohn peut être évoquée, toutefois elle n'a aucune tendance à bourgeonner. La rigidité est moins marquée et plus étendue, réalisant alors le rétrécissement en "ficelle".

En cas d'occlusion, l'arrêt brusque de la baryte, peut être réalisé par toute lésion bénigne ou maligne du grêle. Mais à ce stade, le diagnostic n'appartient plus à la radiologie mais à la chirurgie.

o

TRAITEMENT ET PRONOSTIC - CHIRURGIE

Le traitement de choix du lymphosarcome du grêle est l'exérèse de la tumeur. En pratique, elle n'est pas toujours réalisable. Le diagnostic est fait tardivement, la tumeur est alors très étendue, adhérente aux organes voisins, formant des conglomérats tumoraux englobant les anses intestinales.

De plus, du fait de la disposition centri-

pète des lymphatiques dans le mésentère, il faudrait réséquer celui-ci jusqu'à sa base.

Le malade est souvent fatigué et supporte mal une opération aussi choquante.

Après résection, la continuité est rétablie par anastomose termino-terminale ou termino-latérale.

En fait, on doit se contenter le plus souvent d'une intervention palliative.

La radiothérapie : seule ou en association à la chirurgie. Elle est distribuée par de grands champs antérieurs allant du pubis au diaphragme et de grands champs postérieurs.

Soit avec un appareil de 200 kV, la filtration étant de 1 Cu + 2 Al.

La dose-tumeur distribuée est de 3000 r environ soit par télécobalthérapie, il semble que les résultats ne soient pas meilleurs.

La radiothérapie est employée en cas de tumeur, jugée trop évoluée pour être traitée chirurgicalement. Cependant le lymphosarcome est sensible aux RX les lésions régressent assez rapidement, mais ces résultats sont éphémères. Les récives ne tardent pas à survenir.

DEEB a toutefois signalé des survies de 7 ans après traitement radiothérapique.

La moutarde à l'azote a été préconisée par HILLEMAND et CHERIGIE. Elle est donnée à dose quotidienne de 1/10e de mg par kg de poids.

CHERIGIE et collaborateurs ont obtenu chez un de leurs malades, porteur de lésions

multiples, une reprise d'activité normale depuis 6 ans.

E 39 a également été employé à dose quotidienne de 15 mg en IV, associé à l'hormonothérapie cortico-surrénale.

Le pronostic du lymphosarcome reste sombre ; bien que certains auteurs citent des cas de survie de plus de 5 ans et parfois même de 20 ans, les pourcentages de survie à 5 ans sont à peine de 10 p.100.

MARCUSE et STOUT ont donné ces chiffres après étude de 144 cas :

pour 41 opérations palliatives :
aucune survie à 5 ans,

pour 54 résections : 13 survies à 5 ans,

pour 26 traitements radiothérapiques :
2 survies,

pour 29 associations radio-chirurgicales : 5 survies à 5 ans.

Nous constatons que là encore, l'exérèse a amené les meilleurs résultats. Vient ensuite l'association radio-chirurgicale. En réalité aucun de ces traitements n'a d'efficacité réelle ; très rapidement l'évolution fatale de la maladie survient :

- soit à la suite de complications locales, occlusion intestinale, par sténose plus ou moins complète ; ou perforation due à la nécrose.

- soit par l'apparition de métastases multiples et successives.

CONCLUSIONS

-:-

Lors de l'étude de ces quatre observations de lymphosarcome du grêle, nous nous sommes efforcée de mettre en valeur les caractéristiques de cette affection. Nous avons remarqué :

- qu'elle demeure une maladie, non pas exceptionnelle, mais rare, ceci malgré les nombreuses publications de ces dernières années,

- que les signes cliniques de début ne présentent aucun caractère pathognomonique et sont le plus souvent d'une banalité déconcertante. Ils peuvent revêtir un aspect trompeur d'affection gastrique, appendiculaire ou vésiculaire. Seules les répercussions de l'affection sur l'état général du malade orientent le diagnostic,

- que l'examen radiographique du grêle permet d'affirmer non seulement le diagnostic de siège, mais également le diagnostic d'espèce de la lésion.

Pour cela la technique d'absorption orale par dose fractionnée doit être rigoureusement appliquée.

La persistance sur plusieurs clichés, d'images discrètes, telles une altération du relief muqueux et une infiltration des

parois doit faire suspecter le lympho-sarcome ; les images plus évidentes, sacciformes ou diverticulaires le faire affirmer.

- Enfin que le traitement est avant tout chirurgical dans la mesure où il est réalisable, la radiothérapie n'amenant bien souvent que des résultats éphémères.

Les pourcentages de survie à 5 ans sont bas : le pronostic reste sombre.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. LEGER

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

Th ABATZIS

A propos du lymphosarcome de l'intestin grêle.

Mémoire d'Assistant étranger,
Paris 1954.

R. ASTLEY

Sarcoma of the small intestine.

J. Faculty Radiol. Bristol 1949
1/2 pp.136-139

Y.D. ALNAAMAN

Sarcomas of the small intestine.

Report of three pathologic types
with review of letterature.

Am. S. Surg. 99 320
6 mars 1960

Voltas BARBERA (Barcelone)

Lymphosarcomes du grêle.

A.G. BARSH

Primary malignant epithelial tumors
of the small bowell.

Radiology 57 177 1951

D.H. BAKER et K.M. JENSEN

Lymphosarcoma in the terminal ileum.

Gastroenterology 1959 36 N°4
P.528-533

R. BENSAUDE, A. CAIN, A. HILLEMAND et
HOROWITZ A.

Maladies de l'intestin.
Masson 1935.

H. BEYER

Contribution à l'étude radiologique
de l'intestin grêle.
Diplôme d'électro-radiologie,
Paris 1950

J.A. BOLLINGER et H.F. MARS

Lymphosarcoma of the small bowel ;
report of case and review of literature.
J. Internat. Coll. Surgeons 19 298
1953.

A. BONNIOT, J. BONNET-EYMARD et P. CHATTON
Diagnostic radiologique d'un sarcome du
jejunum. Triple tumeur.
Arch. Mal. App. digestif et Mal. Nutr.
Paris, juin 1954 43 N°6 P.769-773

M. BOUREAU

Aspects cliniques et radiologiques des
tumeurs du grêle chez l'adulte.
Revue du praticien 21 septembre 1958
p.2771-2781.

P. BROCCQ, F. POILLEUX et J.C. TRONC

A propos de 13 cas de tumeur primitive
de l'intestin grêle, recueillis à la
clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.
Mém. Acad. et Chir. Paris 4 mai 1955
81 N°14-15 P.442-458

P. BUFFARD et L. CROZET

7 observations personnelles de lésions
malignes de l'intestin grêle, diagnos-
tiquées par la radiologie.
Arch. Mal. App. dig. et Nutr.
Paris, avril 1952 41 N°4 P.460-463

- S.O. BURMAN, F. Van VYK
Lymphomas of the small intestine and
caecum.
Am. of Surg. Philadelphie
Mars 1956 143 N°3 P.349-360
- R. CATTAN, R. CAROSSO, P. FRUMESAN,
A. HOPPELER et Ch. ZERAH
Les localisations digestives multiples
de la lymphosarcomatose type Kundrat.
Arch. Mal. App. dig. et Mal. Nutr.
Paris, décembre 1951 40 n°12
p.1289-1301
- CHANOINE
Contribution à l'étude des tumeurs ma-
lignés primitives du jéjuno-iléon.
Acta gastro-enterologica, Belgica
(Bruxelles) 1955
- E. CHERIGIE, PRADEL-RAYNAL
Intestin grêle.
Revue du praticien 11 avril 1959
P.1195-1208
- R.G. CLARKE et J.P. SIMONDS
Primary lymphosarcoma of the appendix.
Cancer, New-York septembre 1951
4 N°5 P.994-998
- D.T. CHAMBERLIN
Malignant tumors of small intestine.
S. Clin. North America 18 705 1938
- M.M. COPELAND et J.D. GREINER
Lymphosarcoma of duodenum.
Arch. Surg. 58 511 1949.
- A.L. CAMERON
Primary malignancy of the jejunum and
ileum.
Am. Surg. 108 203 1938

M. CONCHA URRÁ

Estudio radiológico del intestino delgado.

Rev. Med. Chili. 1954 82/5 p.284-289

J. DALAYEUX

Diagnostic des tumeurs de l'intestin grêle.

Bulletin médical, Paris 73
novembre 1959

Ph. DEEB, et W.L. STILSON

Roentgen manifestation of lymphosarcoma of the small bowel.

Radiology, Detroit, août 1954 163
N°2 P.235-240

DOCKERTY

Tumeurs malignes de l'intestin grêle.

Canadian medical association Journal
décembre 1958, Toronto

H.B. DOUB

Malignant tumors of the small intestine.
Am. Journ. Roentgenol. 49 103 1943

C.C. DUNDON

Primary tumors of small intestine.
Am. Journ. Roentgenol. 59 492 1948

J.W. FRAZER

Malignant lymphomas of the gastrointestinal tract.

Surg. Gyn. Obstetrics 108 1959 182

E.A. GALL et T.B. MALLORY

Malignant lymphoma clinico-pathologic survey of 618 cases.

Am. J. Path. 18 341-430 mai 1942

J. GODART L. DELCÏERS, et G. SEGERS

Un cas de lymphosarcome du grêle.

Acta gastro-enterolog. Belg. 13
274, 1950

GOLDEN ROSS (Los Angeles)

Technical factors in the roentgen examination of the small intestine.

Amer. Journ. roentgen.

Décembre 1959 vol.82 n°6 P.965-972

M. GRINOUD, J. LAPEYRERE, L. TROUETTE;
E. SOREL

Contribution à l'étude des tumeurs de l'intestin grêle.

Arch. Mal. App. Dig. 49

Septembre 1960 II82

F. HERION (Liège)

Intérêt de l'examen radiologique complet de l'intestin grêle.

Revue médicale de Liège.

Vol.8 n°15 P.492-502 1953

P. HILLEMAND, E. CHERIGIE, R. VIGUIE

R. BOURDON, E. GILBRIN, ABATZIS

Les lymphosarcomes du grêle.

Sem. Hôp. Paris 31 24-3 20 avril 1955

P.J. HODES et J. EDEIKEN

Pennsylvania.

Roentgen manifestations of small intestinal bleeding.

J. Amer. Medical Association, Chicago

1949 I4I/I8 I294-I290

J.F. HYNES et R.W. FRELICK

Roentgentherapy of malignant lymphoma with special reference to segmental radiationtherapy. Results 1935-1945

Amer. J. Roentg. Radiumth. a nucl. med.

Springfield, août 1953 70 N°2 P.247-257

P.P. JACKSON et C.J. COADY

Primary lymphomas of the gastro-intestinal tract.

Arch. of Surg. Chicago, mars 1959

78 N°3 P.459-464

E.L. JENKINSON, W.H. PFISTERER et E.R. SEITZ
Primary tumors of small intestine.
Radiology, 55 12 1950

K. KETTUNEN
Sarcoma of the small intestine.
Am. Chir. Gyn. Fem. 48 390-9 1959

H. KOSAOGLU
A propos de 2 lymphosarcomes de l'intestin
dont l'un présentant une double locali-
sation jéjunale, accompagné d'éosinophi-
lie et l'autre localisé à l'iléon.
J. de Chir. 74 N°4 novembre 1958
P.573-581

KOVACHE
Thèse, 1950

R. LESSARD
Malignant tumors of the small bowel.
J. Canadian association of radiol.
Mars 1959 Vol.10 n°1 P.8-12

M. LEVRAT, R. BRETTE, M. DEVIC et MADONNA
2 cas de sarcome du jéjunum. Images
radiologiques et confrontations anatomo-
radiologiques.
Arch. Mal. App. Dig. et Mal. de Nutr.
Paris, janvier 1952 41 N°1 P.52-58

D.J. LOCKE
Malignant neoplasms of the small
intestine.
Am. J. of Surgery, New-York février 1953
85 P.127-133

P.H. MARCUSE, A.P. STOUT
Primary lymphosarcomas of small intestine
Analysis of 13 cases and review of the
letterature.
Cancer 3 459-474 1950.

R.H. MARSHAK, B.S. WOLF et S. ELIASOPH
The roentgen findings in lymphosarcoma
of the small intestine.

J. Mt Sinai Hosp., New-York 24
I032-I04I Novembre-Décembre 1957

A.L. MESTEL

Lymphosarcoma of the small intestine
in infancy and childhood.

Am. of Surg., Londres, janvier 1959
I49 N°I P.87-95

MIGUEL DEL CAMPO J.

Lymphosarcomes du grêle.

Arch. Mal. App. Dig. 48
Octobre 1959 I2I2

J. MUNK et L. ROLAN

The radiological differentiation of
malignant tumors of the small intestine.

Harefuah 1956 5I/II P.247-255

P. NOCENTINI et I. SALOMONI

Studio clinico-radiologico sui tumori
maligni del digiuno-ileo.

Nunt. Radiol, Firenze 1956 22/2
P.97-I55

Y. OMEZ et G. COORNAERT

Lymphosarcomes du jéjunum.

Arch. Mal. App. Dig. et Mal. de Nutr.
Paris, juillet-août 1954 43 N°7-8
P.868-869

PATTERSON, CALLOW, ETTINGER

Manifestations cliniques des tumeurs du
petit intestin.

PORCHER et BUFFARD

Radiologie clinique de l'intestin grêle
Masson 1954

L.P. PROTAS et K.N. CHOCIA

X rayons diagnosis and X ray.

Traitement of intestinal lymphosarcoma
(Russian text)

Vestn. Roentgenol. Radiol. 1957

32/6 P.69-71

P.A. RECHNITZER et J. BLAKE

3 cas de tumeurs du grêle avec aspect
clinique inhabituel.

Brit. Med. J., Londres, août 1953

P.313-314

J.C.T. ROGERS

Lymphosarcoma of gastro-intestinal tract.

Arch. of Surg. Londres, juin 1954

68 N°6 P.886-893

C.E. RUBIN et B.W. MASSEY

The pre-operative diagnosis of gastric
and duodenal malignant lymphoma by ex-
foliative cytology.

Cancer Philadelphie, mars 1954

7 N°2 P.271-288

L. SPERLING

Malignant lymphoma of the gastro-intes-
tinal tract.

Arch. of Surgery, Londres, février 1954

68 N°2 P.179-190

M. VERHAEGE, J. DEVAMBEZ, G. LOOTS et

Y. GODEFROY-VENDEVILLE

8 cas de tumeurs de l'intestin grêle.

Arch. des Mal. App. digestif.

T.46 N°II 1957 P.1074-1085

C.C. WANG et J.A. PETERSEN

Malignant lymphoma of the gastro-intes-
tinal tract : roentgenographic conside-
rations.

Acta radiol., Stockholm, septembre 1956

46 n°3 P.523-532

K.W. WARREN

Les lymphomes malins du duodénum, de
l'intestin grêle et côlon.

The dsurgical clinic of North Americ
1959 39 P.725-735.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

